星ヶ丘医療センター　連携登録医変更届

年　 　月　 　日

独立行政法人地域医療機能推進機構

星ヶ丘医療センター　　院　長　　様

医療機関名

登録医名

以下の通り、連携登録医の登録内容変更を届出いたします。

※変更項目の番号に○をし、変更前、変更後の内容をご記入してください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 項　　目 | 変　更　前 | 変　更　後 |
| １．医療機関名称 |  |  |
| ２．代表者変更 |  |  |
| ３．所在地 |  |  |
| ４．電話番号 |  |  |
| ５．ＦＡＸ番号 |  |  |
| ６．メールアドレス |  |  |
| ７．ホームページＵＲＬ |  |  |
| ８．標榜科 |  |  |
| ９．その他 |  |  |

お問合せ先・送付先

〒573-8511 枚方市星丘4-8-1

星ヶ丘医療センター　地域医療連携室

ＴＥＬ　0120-840-274（直通）